

All. 2: RICHIESTA CERTIFICATO DI ESENZIONE VACCINAZIONE ANTICOID-19

Minori/soggetti sottoposti a tutela

(ai sensi del DPCM n.5 del 4 febbraio 2022, della Circ. Min. Sal. 0035309-04/08/2021 e s.m.i. e del DL n. 167 del 26.11.2021)

(compilare in stampatello – calligrafia leggibile)

Dati del minore/soggetto sottoposto a Tutela per cui si richiede certificato di esenzione:

nome e cognome.....

nato a (.....) il.....

Comune Provincia

n. cellulare..... email.....

CF/ENI/STP/AIRE

Pediatra di Libera Scelta / Medico di Medicina Generale **non partecipante** alla Campagna Vaccinale Covid-19:

Dr.

I sottoscritti genitori o legale rappresentante del minore/soggetto sottoposto a tutela:

Genitore 1: nome e cognome.....

Nato/a a (.....) il.....

residente/domiciliato in n..... cap Comune

n. telefono

genitore in situazione di: affidamento congiunto affidamento esclusivo

Genitore 2: nome e cognome.....

Nato/a a (.....) il.....

residente/domiciliato in, n..... cap Comune

n. telefono

genitore in situazione di: affidamento congiunto affidamento esclusivo

Rappresentante legale: nome e cognome.....

Nato/ a (.....) il.....

residente/domiciliato in n..... cap Comune

n. telefono

Consapevole/i delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali, previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell' art. 76 del DPR 445 del 2000 e s.m.i.

RICHIEDE/RICHIEDONO

il rilascio del certificato di esenzione dalla vaccinazione anti-covid-19 sostitutivo del Green Pass e, a tal fine, allega/allegano:

- copia di referti ed esami in suo possesso
- copia del documento di identità - di entrambi i genitori per affidamento congiunto, del solo genitore con affidamento esclusivo o del Rappresentante legale - in corso di validità, datati e firmati, ed eventuale copia del documento attestante la rappresentanza legale
- copia della tessera sanitaria fronte/retro **del soggetto da esentare**
- copia della eventuale pregressa esenzione cartacea

<p>ASL Frosinone Via Armando Fabi snc 03100 Frosinone</p>	<p>Tel. 0775.8821 www.asl.fr.it p.iva 01886690609</p>	<p>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U. O. S. COORDINAMENTO ATTIVITA' VACCINALI Responsabile Dr.ssa Maria Gabriella Calenda SEDE CENTRALE FROSINONE – Via A. Fabi snc Telefono 0775 8822126 – 0775 8822127 – Fax 0775 8822128 Email: consped.frosinone@aslfrosinone.it maria Gabriella.calenda@aslfrosinone.it</p>
--	---	--

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE2016/679 di seguito anche "GDPR", l'ASL Frosinone con sede in Frosinone, Via A. Fabi snc, informa che, in qualità di Titolare del Trattamento, tratterà i dati inseriti nel presente modulo e contenuti nei suoi allegati consegnatici direttamente dall'interessato o da chi ne esercita la rappresentanza legale, anche appartenenti a categorie particolari (ovvero i dati relativi allo stato di salute), per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta di esenzione. Base giuridica del trattamento si rinviene nell'essere lo stesso necessario per finalità di gestione dei sistemi e servizi sanitari (art.9, par. 2, lett. h del GDPR). I dati non saranno soggetti a diffusione e verranno da noi conservati, fatto salvo ogni obbligo di legge, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al soddisfacimento delle finalità sopra indicate.

I diritti degli interessati potranno essere esercitati rivolgendosi al Titolare del Trattamento, anche per il tramite del Responsabile della Protezione Dati, al seguente contatto: direzione.generale@aslfrosinone.it.

Laddove l'interessato ritenesse, infine, che il trattamento dei propri dati personali effettuato in relazione a quanto indicato nelle presenti informazioni avvenga in violazione del GDPR, questi ha il diritto di proporre reclamo all'autorità Garante per la Protezione dei Dati personali, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso ovvero di adire le opportune sedi giudiziarie (art.79 del GDPR).

Sede _____ Data _____

Firma leggibile Genitore 1

Firma leggibile Genitore 2

Firma leggibile Legale Rappresentante

Spazio riservato alla ASL FR

Medico certificatore:

Nome _____ Cognome _____

CF

Sede Vaccinale _____ Comune _____

Richiesta acquisita il _____

TIMBRO E FIRMA del MEDICO

INSERIMENTO IN SISTEMA TS

Certificazione valida dal _____ al _____

Codice CUEV : _____ del _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA del MEDICO